

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1941

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Roger ETIENNE**

Interne des Hôpitaux de Paris  
né à Paris le 23 avril 1913

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GASTRITES PSEUDO - CANCÉREUSES

---

*Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS  
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1941



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Roger ETIENNE**

Interne des Hôpitaux de Paris  
né à Paris le 23 avril 1913

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES GASTRITES  
PSEUDO - CANCÉREUSES

---

*Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |                            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.                  |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.                |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.                    |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI.                |
| Bactériologie .....                                                    | Robert DEBRE.              |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                     | BRUMPT.                    |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOUIN.                  |
| Pathologie médicale .....                                              | PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT. |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | MONDOR.                    |
| Anatomie pathologique .....                                            | HUGUENIN.                  |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.                    |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.                 |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.                  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.                     |
| Médecine légale .....                                                  | PIEDELIEVRE.               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                       | LEVY-VALENSI.              |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | Henri BENARD.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | CHIRAY.                    |
| Clinique médicale .....                                                | ABRAMI.                    |
|                                                                        | FIESSINGER.                |
|                                                                        | LOEPER.                    |
|                                                                        | RATHERY.                   |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                       | LEREBOULLET.               |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | NOBECOURT.                 |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de<br>l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTINE          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ....                   | GOUGEROT.                  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                         | GUILLAIN.                  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.                  |
| Clinique chirurgicale .....                                            | MONDOR.                    |
|                                                                        | GOSSET.                    |
|                                                                        | GREGOIRE.                  |
|                                                                        | LENORMANT.                 |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.                    |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.                  |
|                                                                        | COUVELAIRE.                |
| Clinique d'accouchements .....                                         | JEANNIN.                   |
|                                                                        | LEVY-SOLAL.                |
| Clinique gynécologique .....                                           | MOCQUOT.                   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                    | OMBREDANNE.                |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | HARVIER.                   |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | Pierre DUVAL.              |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.               |
| Clinique de la tuberculose .....                                       | TROISIER.                  |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ....                    | MATHIEU.                   |
| Clinique de cardiologie .....                                          | LAUBRY.                    |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT.            |
| Assistance médico-sociale .....                                        | N...                       |
| Professeurs sans chaire .....                                          | HAZARD.                    |
|                                                                        | MULON.                     |
|                                                                        | OLIVIER.                   |
|                                                                        | SANNIE.                    |
|                                                                        | VERNE.                     |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                                                    | MM.                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| MELINE ..... Pathologie chirurgicale.                  | GIROUD ..... Histologie.                   |
| ARIETY ..... Pathologie médicale.                      | HAGUENAU ... Pathologie médicale.          |
| ERNARD Etienne. Pathologie médicale.                   | HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.        |
| ESANÇON (Justin). Hydrologie.                          | JOANNON ..... Hygiène.                     |
| ONNET ..... Bactériologie.                             | LACOMME ..... Obstétrique.                 |
| OULANGER .. Chimie.                                    | LANTUEJOL.. Obstétrique.                   |
| OULIN ..... Pathologie médicale.                       | LAVIER ..... Parasitologie.                |
| ROUET ..... Pathologie médicale.                       | LELONG ..... Pathologie médicale.          |
| ULLIARD .... Histologie.                               | LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.    |
| ACHERA ..... Pathologie médicale.                      | LENEGRE ..... Pathologie médicale.         |
| ORDIER ..... Anatomie.                                 | M <sup>lle</sup> J. LEVY... Pharmacologie. |
| OSTE ..... Pathologie médicale.                        | MARCHAL ..... Pathologie médicale.         |
| OUVELAIRE (Roger). Urologie.                           | MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.      |
| ELARUE ..... Anatomie pathologique.                    | MOLLARET .... Pathologie médicale.         |
| ELAY ..... Pathologie médicale.                        | MOUQUIN ..... Pathologie médicale.         |
| EGREZ (H.) .. Physique.                                | PATEL ..... Pathologie chirurgicale.       |
| ESOILLE ..... Médecine légale.                         | PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  |
| IGONNET .... Obstétrique.                              | RENARD ..... Ophtalmologie.                |
| OGNON ..... Physique.                                  | RICHET ..... Physiologie.                  |
| EVRE ..... Pathologie chirurgicale.                    | SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.     |
| UNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.                | SICARD ..... Pathologie chirurgicale.      |
| ALLIARD .... Parasitologie.                            | SOULIE ..... Pathologie médicale.          |
| ARCIN ..... Pathologie médicale.                       | SUREAU ..... Obstétrique.                  |
| <sup>me</sup> GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique. | TURPIN ..... Pathologie médicale.          |
| AYET ..... Physiologie.                                | WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.      |
| E GENNES ... Pathologie médicale.                      |                                            |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.                                  | MM.                           |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| GLAVE ..... Pathologie chirurgicale. | Pathologie chirurgicale.      |
| ISQUET ..... Pharmacologie.          | LE LORIER ... Obstétrique.    |
| AILLEY-BERT. Physiologie.            | NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie. |
| ENIOT ..... Obstétrique.             | VAUDESCAL .. Obstétrique.     |
| ITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale. |                               |

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURSE DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.            |                      | MM.             |                         |
|----------------|----------------------|-----------------|-------------------------|
| ALAJOUANINE .  | } Clinique médicale. | BASSET .....    | } Clinique chirurgicale |
| BRULE .....    |                      | BROCQ .....     |                         |
| CATHALA .....  |                      | CADENAT .....   |                         |
| CHABROL .....  |                      | GATELLIER ..... |                         |
| CHEVALLIER ..  |                      | de GAUDART      |                         |
| DONZELOT ....  |                      | d'ALLAINES..    |                         |
| DUVOIR .....   |                      | LEVEUF .....    |                         |
| GASTINEL ..... |                      | MOULONGUET..    |                         |
| LAROCHE (G.).. |                      | MOURE .....     |                         |
| LIAN .....     |                      | QUENU .....     |                         |
| MOREAU .....   |                      | FEY .....       |                         |
| SEZARY .....   |                      |                 |                         |

MM.

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| ECALLE .....  | } Clinique obstétricale. |
| METZGER ..... |                          |
| PORTES .....  |                          |
| VIGNES .....  |                          |

## V. — CHARGES DE COURSE

MM.

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique |
| RUPPE .....                | Stomatologie.       |
| WEIL-HALLE .....           | Puériculture.       |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE,

le Docteur JOSSIC, médecin de la Marine

A MA MERE

▲ MON PERE

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DU PROFESSEUR PIERRE DUVAL

*Qui nous avait fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage des sentiments de respectueuse admiration qui demeureront toujours attachés à son souvenir.*

A Monsieur le Docteur FRANÇOIS MOUTIER

Chef de laboratoire  
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire profiter  
de son expérience et m'éclairer de ses  
conseils.*

*Puisse-t-il trouver ici l'expression de  
mon admiration et de ma sincère  
reconnaissance,*

A Monsieur le Professeur agrégé AMELINE

*Qui m'a suggéré l'idée de ce travail.*

*Qu'il trouve ici un bien faible témoignage de ma profonde gratitude et de mon attachement.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### *Stages*

1931-1932 Monsieur le Professeur BEZANÇON  
Monsieur le Professeur LEJARS (*In memoriam*)

1932-1933 Monsieur le Docteur HERSCHER  
Monsieur le Docteur CHIFOLIAU

### *Externat*

1933-1934 Monsieur le Professeur agrégé OKINCZYC

1934-1935 Monsieur le Professeur GARNIER (*In memoriam*)

1935-1936 Monsieur le Docteur HERSCHER

1936-1937 Monsieur le Professeur LEMAITRE  
Monsieur le Professeur LEREBoullet

### *Externat en premier*

1937-1938 Monsieur le Professeur FIESSINGER  
Monsieur le Docteur JEAN BERGER  
Monsieur le Professeur MONDOR  
Monsieur le Professeur agrégé LENEGRÉ

### *Internat*

1940-1941 Monsieur le Docteur JEAN BERGER  
Monsieur le Professeur agrégé BASSET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé LELONG

Monsieur le Docteur BERGERET

Monsieur le Docteur BOPPE

Monsieur le Docteur CHABRUN

Monsieur le Docteur ROBERTI

Monsieur le Docteur MIALARET

Monsieur le Docteur TH. GIBERT

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

Messieurs les Docteurs H. BENAERTS (*In memoriam*),  
LENEGRE, R.-A. SCHWOB

## INTRODUCTION

Depuis ces dernières années, la question du diagnostic précoce du cancer de l'estomac est à l'ordre du jour. Les nouvelles méthodes d'examen radiologique, les perfectionnements apportés aux études endoscopiques de l'estomac, ont parfois permis de dépister les lésions à leur extrême début, et de pouvoir pratiquer ainsi une exérèse chirurgicale dans de bonnes conditions.

Mais l'examen anatomo-pathologique systématique de pièces de gastrectomie, l'avènement de la gastroscopie et de la gastrophotographie ont parfois ménagé des surprises : dans quelques cas, il s'agissait de « faux cancers », que ni l'histoire clinique, ni les signes radiologiques, tenus jusque-là pour presque pathognomoniques du cancer gastrique, ne permettaient de prévoir.

Si nous pouvons trouver, dans la littérature, de nombreuses observations de ces faux cancers, relevant des causes anatomiques les plus diverses, celles dans lesquelles il s'agit de *gastrite authentique* ayant évolué sous le masque de l'épithélioma sont assez rares jusqu'à présent.

L'observation que nous rapportons, et qui nous a inspiré ce travail, en est une.

Nous verrons qu'il s'agit ici d'une gastrite chronique mixte, interstitielle et épithéliale, qui, ayant simulé une infiltration néoplasique de l'estomac, a conduit à pratiquer une gastrectomie.

Ce sera pour nous l'occasion de passer rapidement en revue l'importante question des faux cancers de l'estomac, et d'aborder quelques-uns des grands problèmes, susceptibles d'intéresser à la fois le médecin et le chirurgien, qu'un tel cas peut soulever : problèmes diagnostique, étiologique, ainsi que la question de la conduite à tenir.

## HISTORIQUE

Si nous cherchons, parmi les nombreux cas de faux cancers de l'estomac publiés jusqu'à ce jour, ceux qui se rapprochent le plus de notre observation, nous voyons que la gastrite chronique est assez rarement mise en cause.

Tout au plus en peut-on réunir quelques observations éparses.

Peut-être est-ce dû au fait que, malgré les recherches déjà anciennes sur les gastrites, la question a fait assez peu de progrès avant l'ère gastroscopique. Même encore maintenant, il semble que l'on n'accorde pas toujours aux gastrites la place qui leur revient dans la pathologie digestive, et que l'on tende trop souvent à les méconnaître, au profit des « lésions majeures » de l'estomac : ulcère et cancer.

En effet, l'abondante littérature consacrée à la question des faux cancers gastriques concerne tantôt des tumeurs bénignes de l'estomac, tantôt des lésions diverses, des cas de syphilis gastrique et enfin des gastrites.

### TUMEURS INFLAMMATOIRES

Nous relèverons, parmi les travaux les plus marquants, ceux de G. LION, ceux de JEANNENEY, de SAVY, de DAMBRIN, qui publia de nombreux cas de pseudo-néoplasmes gastriques guéris par simple gastro-entérostomie. Enfin la thèse de LACAN consacrée aux tumeurs inflammatoires primitives de l'estomac.

### LÉSIONS DIVERSES

Nous citerons d'abord une publication de V.-C. DAVID qui rapporte, dans les « *Annals of Surgery* », plusieurs cas de faux cancers simulés par une maladie de Hodgkin, un sarcome, une « fibromatose inflammatoire ».

P. MOIROUD, A. JOUVE et P. ARTAUD ont observé une tumeur extrinsèque, épiploïque, qui a pu en imposer pour un néoplasme gastrique.

L. DESCLAUX et RENÉ GAUDUCHEAU publient en 1938 un cas de faux cancer de l'estomac d'origine post-traumatique.

Parmi les autres travaux récents consacrés à cette question, signalons celui de J.-CH. BLOCH, J. CAROLI et M<sup>me</sup> JOANNISSIAN concernant un cas de périgastrite œdémateuse à allure pseudo-cancéreuse.

Celui de CORDIER et R. CHEVALLIER enfin : un cas d'œdème fugace de l'antré et du pylore de type angio-neurotique.

### SYPHILIS GASTRIQUE

Signalons les observations de SAVY, GIRARD et GONNET, de H. MARC et SIRC : syphilis gastrique à forme pseudo-néoplasique, et de A. DELMANTO : gomme syphilitique simulant un cancer gastrique.

Puis ce sont les cas publiés par D. PETIT-DUTAILLIS et I. BERTRAND (1930), qui signalent « un cas curieux de syphilis gastrique grave, sans tumeur, simulant le cancer, vérifié par l'histologie. Une gastro-entérostomie combinée au traitement spécifique amène la guérison. »

Celui de LEMIERRE, ayant trait à deux cas de « gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique ».

Enfin F. MOUTIER, avec GIRAULT et DEBRAY, communique en 1937 à la Société de Gastro-entérologie de Paris des observations de pseudo-cancers gastriques d'origine syphilitique. Étudiées à la gastroscopie, ces lésions se révèlent tumorales, ulcéreuses ou gastritiques.

### GASTRITES

En même temps que l'observation précédente, F. MOUTIER rapporte plusieurs cas de « pseudo-cancers gastriques, peut-être syphilitiques ». Il s'agit dans ces trois cas de lésions à type gastritique pur. Ils font l'objet d'une communication à part, car l'étiologie syphilitique est seulement soupçonnée.

Vers la même époque, nous relevons les publica-

tions de SAVIGNAC (fausses images radiologiques de cancer), de GUTMANN, BEAUGEART et HARDEL, concernant un cas de gastrite aiguë œdémateuse donnant à la radio une fausse image de cancer.

Enfin, tout dernièrement, celle de JOBIN et DUGAL sur « la gastrite péri-ulcéreuse simulant le cancer ».

Avec toutes ces observations, nous sommes déjà dans le domaine des gastrites.

Enfin, nous avons pu en rassembler quelques-unes dans lesquelles l'histoire clinique, les données de l'examen radiologique, et l'étiologie gastritique, sont à rapprocher des constatations faites chez notre malade.

Signalons d'abord celle de LANDIVAR, LLAMBIAS et G. BOSCH, publiée en 1930, qui a trait à une « pylorogastrectomie pratiquée à l'occasion d'une gastrite chronique folliculaire, érosive et métaplasique qui simulait cliniquement un cancer gastrique », et celle de BONADIES (1934), qui, dans un travail consacré aux gastrites néoplasiformes de l'antra pylorique, rapporte un cas d'épaississement localisé de la paroi gastrique, d'origine gastritique, dont le diagnostic exact ne fut fait seulement qu'après examen de la pièce. L'auteur en profite pour se livrer à une étude de ces infiltrations pariétales bénignes qui vont de la simple hypertrophie localisée des plis jusqu'aux tumeurs inflammatoires citées plus haut.

COTRIM publie également en 1936 une observation d'hypertrophie localisée de la muqueuse gastrique, pseudo-néoplasique.

GUTZEIT et TEITGE, dans leur traité de Gastrosco pie, signalent également qu'au cours de certaines gastrites, le gonflement isolé des plis, avec ou sans hémorra-

gies, et les irrégularités des contours gastriques peuvent en imposer pour une infiltration pariétale néoplasique, et citent à l'appui l'histoire d'un de leurs malades chez qui le diagnostic de gastrite put être posé grâce aux examens endoscopiques.

Notons également la publication de J.-C. KANTOR en Amérique (hypertrophie localisée de la muqueuse gastrique avec plis géants simulant un cancer) et enfin les cas récents publiés par KONJETZNY en Allemagne. Cet auteur a rassemblé trois observations de faux cancers gastriques simulés par des gastrites chroniques hypertrophiques, avec preuves anatomo-pathologiques à l'appui.

Quelle est la fréquence exacte de tous ces cas de faux cancers? Il semble difficile de le déterminer en l'absence de toute statistique précise.

F. MOUTIER, pratiquant des examens endoscopiques systématiques de l'estomac chez 157 malades cancéreux gastriques ou soupçonnés de l'être, constate que 50 sujets peuvent être reconnus comme non cancéreux.

Sur ces 50, 6 sont atteints de gastropathie syphilitique, les 44 autres présentant des lésions diverses : tumeurs inflammatoires, ulcères géants, œdèmes et gastrites hypertrophiques.

Quelle que soit la part de la gastrite authentique dans ces faux cancers, il n'en est pas moins vrai qu'il faut y penser lorsque, à la laparotomie pour cancer, on ne décèle aucune lésion macroscopique.

L'observation qui va suivre en est la preuve.



## OBSERVATION

La malade, âgée de 54 ans, infirmière, est adressée au Docteur AMELINE, le 9 novembre 1940, par le Docteur MOUTIER, qui la suit depuis environ trois mois, pour *des douleurs épigastriques* accompagnées d'atteinte de l'état général, le tout remontant à environ deux ans.

C'est en effet vers cette époque que la malade, jusque-là en parfaite santé, a commencé à souffrir de l'estomac.

Les douleurs, d'abord légères, simples pesanteurs gastriques, sensations de digestions pénibles sans grands caractères, irrégulières dans leur apparition et leur durée, sont parfois séparées par des accalmies de plusieurs jours, au cours desquelles la malade se croit définitivement guérie, puis les troubles dyspeptiques réapparaissent inopinément malgré le régime sévère qu'elle s'est imposé.

En effet, bien que dès ce moment la malade ait commencé à maigrir, elle ne consulte aucun médecin et met ses troubles sur le compte d'une dyspepsie banale.

Aussi se contente-t-elle de suivre un régime, écartant le plus possible de son alimentation les viandes en sauce, épices et corps gras, qui, croit-elle, provoquent ces troubles dyspeptiques.

Il y a trois mois environ, les douleurs changent de caractère. Elles augmentent d'intensité et surviennent par crises, assez nettement rythmées, aux dires de la malade.

Elles éclatent à heures fixes, deux heures environ après les repas, la réveillant la nuit.

C'est une *crampe douloureuse*, d'abord peu intense, qui va en augmentant, devenant alors très violente, comparée par la malade à « une bête qui la ronge ».

C'est alors qu'elle se décide à consulter le Docteur MOUTIER, qui la met en observation.

Les douleurs durent de deux à trois heures, pour se calmer ensuite et disparaître petit à petit. Elles siègent en plein creux épigastrique, et ne comporteraient, aux dires de la malade, aucune irradiation.

Elles ne sont jamais accompagnées de vomissements et *ne sont pas calmées* par les alcalins ni par l'alimentation.

Entre les crises, il persiste une sensation pénible de pesanteur gastrique, plus marquée la nuit, empêchant la malade de dormir et de se coucher sur le côté gauche.

Enfin ces crises sont assez irrégulières dans leur apparition, faisant défaut certains jours, réapparaissant de façon inopinée à d'autres, sans qu'on puisse trouver de causes déclenchantes et sans qu'on puisse parler de véritables intermittences.

Par ailleurs, on ne recueille guère que des signes négatifs : les selles sont normales dans leur aspect et leur apparition.

La malade ne se souvient pas avoir constaté de *melæna* ni présenté d'hématémèses.

Fait important : *l'appétit est conservé*. On ne note pas d'anorexie, aussi bien totale qu'élective, et si la malade élimine de son alimentation viande, graisses et vin, c'est uniquement par crainte de voir se déclencher une crise.

Enfin l'état général s'est sensiblement altéré, puisque la malade accuse un AMAIGRISSEMENT de 17 kilogs en moins d'un an.

Si on l'interroge sur ses *antécédents*, on ne relève rien qui soit susceptible d'éclairer le diagnostic : toujours en parfaite santé avant le début des accidents, elle est mariée et mère de deux enfants bien portants. Ses grossesses se sont déroulées sans incidents.

On ne retrouve aucun antécédent bacillaire, non plus qu'aucun stigmate de syphilis, cutané, muqueux, viscéral ou autre. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est *négative*.

En résumé, une histoire de crampes épigastriques, tardives, irrégulières, accompagnées d'un amaigrissement important, qui finissent par décider la malade à aller consulter le Docteur MOUTIER.

Elle est alors mise en observation. *L'examen physique* est

à peu près entièrement négatif, si l'on excepte toutefois une douleur provoquée que l'on retrouve par le palper en décubitus latéral gauche dans la région sous-hépatique.

Par ailleurs, la recherche de l'hématine dans les fèces, pratiquée le 6 novembre 1940, s'est révélée positive à trois examens successifs.

L'étude du chimisme gastrique donne les chiffres suivants :

| <i>Acide libre</i>                    | <i>Acidité totale</i> |
|---------------------------------------|-----------------------|
| <i>Avant histamine, 1 gr. 90 0/00</i> | <i>2 gr. 45 0/00</i>  |
| <i>Après histamine, 3 gr. 50 0/00</i> | <i>3 gr. 70 0/00</i>  |

La malade est alors traitée médicalement (hectine, bufotoxine) et suivie de très près par le Docteur MOUTIER, qui fait pratiquer le 3 août un premier examen radiologique suivi d'une gastroscopie.

Une deuxième gastroscopie a lieu le 10 août, puis un nouvel examen radiologique le 11 octobre, suivi également d'une gastroscopie.

Enfin, le 4 novembre, la malade est de nouveau examinée aux rayons X, et le Docteur MOUTIER, pensant à une lésion organique de l'antré (cancer éventuel), adresse la malade au Docteur AMELINE en vue d'une intervention chirurgicale.

Voici les comptes rendus des différents examens pratiqués :

*Première radio, du 3 août 1940 (Docteur BRUNET).* — « L'estomac, orthotonique, bien moulé sur son contenu, présente, immédiatement en amont de l'angle gastrique de la petite courbure, une niche irrégulière, variable d'un film à l'autre, semblant mesurer 10 à 12 mm. de long sur 6 à 10 de haut, invisible d'ailleurs sur certains films. »

A ce moment, la première impression radiologique avait été la vraisemblance d'une niche ulcéreuse en voie de transformation maligne.

Aussi, le 10 août 1940, une gastroscopie est-elle pratiquée par le Docteur MOUTIER en vue de confirmer le diagnostic :

« Examen facile et complet.

« Pylore et kinésie antro-pylorique normaux.

« Petite surface érodée de quelques millimètres au niveau

du milieu de la face postérieure de l'antra (aspect d'égratignure rouge).

« En amont du pilier postérieur, au tiers inférieur de la face postérieure fundique, une surface de 3 à 4 cm. carrés, à plis étalés, pâles, à sillons sensiblement comblés.

« Sommets des plis translucides.

« Au milieu de cette région à limites floues, existe un petit objet noirâtre, de 5 à 6 mm. de long, en zigzag, partiellement recouvert par le surplomb muqueux, donnant l'aspect d'une ulcération excessivement étroite.

« L'ensemble de ces lésions se trouve former un *plateau surélevé*, étalant la base du pilier et s'enlevant nettement sur la face postérieure au niveau de la région fundique basse.

« On ne retrouve en tout cas *rien qui ressemble à une cavité ulcéreuse* répondant à la radio. »

Le 24 août 1940, une *deuxième gastroscopie* est pratiquée, pour suivre l'état de la malade qui s'était un peu amélioré :

« Estomac extrêmement coloré, sans aucun spasme.

« Examen particulièrement facile.

« Sur le pilier postérieur, et à sa base, sur la petite courbure, érosions plates, irrégulières, recouvertes de fausses membranes.

« La surface de l'estomac est absolument lisse à ce niveau.

« En amont de cette région, sur la face postérieure, les plis sont extrêmement développés et irréguliers sans fragilité de la muqueuse, sur toute la moitié inférieure du fundus.

« *On ne retrouve plus l'aspect en plateau.* »

C'est alors qu'est fait, le 11 octobre 1940, un nouvel *examen radiologique* (Docteur BRUNET) :

« Estomac extrêmement hypotonique. Fond à une main au-dessous des crêtes.

« Pylore médian, devant le disque lombo-sacré. La niche anfractueuse, constatée au premier examen, n'existe plus.

« On retrouve sur la petite courbure antrale une autre niche, en plateau cette fois, dont les dimensions, de 10 à 15 mm., varient d'un film à un autre. »

Le 12 octobre 1940, troisième et dernière *gastroscopie* :

« On ne retrouve pas d'érosion, mais seulement la zone des plis reposant sur un plateau.

« Ce plateau se détache nettement en amont du pilier postérieur, tout en ayant des contours fondus.

« Sur lui passent des plis étalés séparés par de vastes sillons peu profonds.

« Il n'y a ni dépôts ni érosions à ce niveau. La limite est surtout nette en amont.

« *Aucune extension par rapport aux examens précédents.* »

*Enfin, le 4 novembre 1940, un dernier examen radiologique a lieu :*

« En station verticale, on constate sur certains films, au niveau de la région prépylorique, un certain amincissement de la petite courbure, comme s'il y avait à cet endroit une diminution d'épaisseur.

« Sur d'autres films, toujours en station verticale, la petite courbure antrale semble irrégulière.

« Elle est concave et hérissée de petites denticulations, et paraît manquer de souplesse.

« Il est à noter toutefois que, sur certains films, le péri-staltisme se déroule normalement.

« En procubitus non comprimé, l'antré semble irrégulier. Une encoche incise la grande courbure à quelques centimètres du pylore, 4 ou 5 cm.).

« Elle se retrouve sur différents films, mais varie en largeur et en profondeur.

« La compression ne donne aucune indication complémentaire. »

EN RÉSUMÉ, on se trouve en présence d'une malade dyspeptique ancienne, qui souffre de crampes épigastriques tardives, sans anorexie, mais avec un amaigrissement progressif et important.

Ni la radiologie, ni l'endoscopie ne permettaient d'éliminer le diagnostic de néoplasme.

Aussi l'intervention fut-elle décidée.

Le 9 novembre, la malade entre dans le service du Docteur BASSET. Elle est opérée le 11 par le Docteur AMELINE.

Voici le compte rendu opératoire :

« Laparotomie épigastrique.

« Extérieurement, rien de visible ni de palpable au niveau de l'estomac, sauf un pylore un peu spasmé.

« Un petit ganglion est palpable au niveau de la crosse de la coronaire stomachique.

« Décollement colo-épiplœique.

« Ligature des artères pylorique et gastro-duodénale.

« Section du duodénum.

« Fermeture en 4 plans.

« On termine par un Polya à anse très courte avec suspension de l'angle duodéno-jéjunal.

« Fermeture sans drainage. »

Pièce et ganglion confiés au Docteur MOUTIER.

*Suites opératoires normales* pendant les cinq premiers jours. A ce moment, apparition d'une parotidite suppurée, puis d'une phlébite du membre inférieur gauche qui laissent la malade très fatiguée. *Asthénie progressive*. Mort deux mois après l'intervention, dans le collapsus. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE de la pièce (préparation du Docteur MOUTIER) :

« Incisé le long de la grande courbure, l'estomac montre une *gastrite mamelonnée* généralisée discrète.

« Il existe à la face postérieure, intéressant la région basse du fundus et débordant légèrement sur l'antre, une zone vaguement arrondie d'environ 6 cm. de diamètre, nettement en relief.

« Cette zone, située là où l'endoscopie l'avait vue, présente un aspect remarquable :

« La muqueuse semble constituée de « grains de tapioca » translucides, accolés, la plupart paraissant comme centrés par un fin filament rouge.

« Ces sortes d'éléments, tassés les uns contre les autres, forment une mosaïque perlée avec un *relief en plateau*.

« Il n'y a pas d'ulcérations visibles. »

Il est à noter que moins d'une demi-heure après la résection, l'aspect en plateau avait disparu par affaissement de la région malade.

#### A LA COUPE :

FAIBLE GROSSISSEMENT. — On est frappé par l'existence dans la sous-muqueuse de lentilles d'œdème considérable, de 5 à 8 millimètres de développement, ayant perdu toute

structure; représentées par un coagulum fibrineux anhydre.

FORT GROSSISSEMENT. — On constate :

1° Que l'épithélium de surface est à peu près partout intact.

Quelques zones présentent un épaissement palissadique, mais pas d'érosions de surface.

Les tubes excréteurs des glandes sont peu altérés.

En revanche, la structure normale des acini est bouleversée.

Les cellules sécrétantes sont frappées de nécrose.

Les cellules principales disparaissent les premières, mais les cellules bordantes perdent également leurs noyaux et disparaissent à leur tour.

Entre les conduits excréteurs existe une infiltration abondante de plasmocytes avec cellules à corpuscules de Russell, sans que les réactions tissulaires paraissent anormales à ce niveau.

Immédiatement au-dessus de la *muscularis mucosæ* se développe une abondante nappe folliculaire.

Les follicules clos présentent une hyperplasie remarquable avec centre germinatif accusé.

La dégénérescence hyaline du réticulum est nette sur différents éléments.

Des trainées lympho-plasmocytaires épaisses irradient des centres folliculaires vers les acini profonds en dégénérescence.

Il existe une atrophie et une sclérose prononcée de certains centres nerveux du plexus de Meissner.

Les digitations formées par la muqueuse sont çà et là le siège d'un œdème intense.

Cet œdème superficiel ne répond pas forcément aux zones d'œdème sous-muqueux.

Enfin on constate la présence de nombreux macrophages dans la zone superficielle.

Ajoutons qu'on ne rencontre pas de dilatations capillaires notables.

*Examen du ganglion* : lésions inflammatoires banales.

EN RÉSUMÉ : il s'agit ici d'une gastrite extrêmement intense où se trouvent réunies des lésions aiguës, subaiguës et chroniques, à la fois parenchymateuses et interstitielles :

Lésions destructrices des acini;

Lésions hyperplasiques du système lymphoïde;

Lésions de sclérose atrophique des ganglions nerveux.

Cette découverte a été une surprise de l'examen anatomopathologique de la pièce. Le chirurgien a fait une laparotomie sur le diagnostic de néoplasme probable de l'antré. Malgré l'absence de lésions macroscopiques constatables, il a résolu de pratiquer une résection large de l'estomac, dans la crainte de méconnaître un *cancer débutant* ou difficilement accessible à l'exploration manuelle, et parce que les différents examens pratiqués, tout en affirmant l'existence d'une lésion organique de l'estomac, ne permettaient pas d'*éliminer formellement* l'hypothèse de néoplasie.

*Pouvions-nous faire le diagnostic de cette gastrite pseudo-cancéreuse? Que faire en des cas semblables?*

C'est ce que nous essaierons de déterminer à la lumière des enseignements que l'on peut tirer de l'étude d'observations similaires, et en reprenant chacune des étapes clinique, radiologique, endoscopique, de notre diagnostic.

## CLINIQUE

Dans l'observation que nous rapportons, nous nous trouvons en présence d'une malade de 54 ans, à long passé dyspeptique, présentant un syndrome douloureux épigastrique, à type de crampes, tardif, rythmé par les repas. L'appétit était conservé, mais l'amalgissement était progressif et considérable.

*Quel diagnostic pouvait-on porter? Voyons d'abord quels éléments nous apportait l'étude clinique.*

Si nous analysons l'histoire de cette malade, nous voyons qu'elle pouvait aussi bien s'orienter vers le diagnostic d'ulcère que vers celui de cancer.

*En faveur de l'ulcère, il y avait :*

D'une part, les douleurs à horaire *tardif*, la forme même de ces douleurs à type de crampes souvent violentes;

D'autre part, le CHIMISME normal et l'absence d'anorexie.

*En faveur du cancer :*

On notait : l'absence d'intermittences dans les derniers mois des douleurs, leur caractère persévérant, leur résistance au traitement médical;

Mais surtout l'âge de la malade : 54 ans;

L'amaigrissement progressif;

La présence d'hématine dans les selles, cette hémorragie occulte contrastant d'ailleurs avec l'absence de sang visible (ni hématomèses, ni melæna);

Enfin l'échec de toute thérapeutique médicale.

Était-il possible de penser, sur les seuls symptômes cliniques, au *diagnostic de gastrite*? Le caractère bâ-tard du syndrome, l'absence d'intermittences, d'anorexie, d'hémorragies visibles étaient plutôt en faveur de la gastrite.

Mais il faut bien savoir qu'aucun des éléments de la séméiologie clinique n'est à proprement parler spécifique des gastrites (MOUTIER), et ceci se conçoit aisément si l'on connaît leur extrême polymorphisme anatomo-clinique.

Les douleurs peuvent être précoces, semi-tardives ou tardives, et dans ce dernier cas prendre parfois le caractère ulcéreux. Toutefois, et notre observation en est un exemple, il est rare d'observer les périodicités mensuelles et saisonnières de l'ulcère. Elles s'accompagnent volontiers d'aérophagie.

Nous avons vu que cette absence d'intermittences dans le syndrome douloureux avait contribué à faire écarter le diagnostic d'ulcère, auquel nous avons pensé un moment en raison de l'intensité et du caractère des douleurs.

Si d'autre part nous jetons un coup d'œil sur les différents cas de gastrites pseudo-cancéreuses publiés dans la littérature, nous sommes obligés de constater qu'ils diffèrent tous entre eux et n'ont guère de points communs avec l'histoire de notre malade.

Dans l'observation de BONADIES, il s'agissait d'un homme de 40 ans présentant depuis fort longtemps un syndrome douloureux épigastrique tardif rythmé par les repas, calmé par l'alimentation, accompagné d'une grosse altération de l'état général, en rapport avec une gastrite antrale.

Le malade de GUTZEIT et TEITGE souffrait depuis 9 ans de brûlures épigastriques avec vomissements et amaigrissement important.

Celui de COTRIM avait un passé gastrique remontant à environ 6 ans, avec vomissements, douleurs gastriques, exacerbation des symptômes dans les deux derniers mois, coïncidant avec une perte de poids considérable : c'était en réalité une gastrite antrale pseudo-néoplasique avec participation pylorique.

Les signes pyloriques étaient également nets chez la malade de LANDIVAR, LLAMBIAS et BOSCH. Elle présentait un syndrome douloureux semi-tardif avec signes de sténose pylorique et amaigrissement.

Très différents sont les cas rapportés par J.-C. KANTOR, où il s'agissait :

1° D'une histoire de cardiospasmes avec régurgitations (obs. n° 1);

2° De troubles dyspeptiques banaux chez une femme de 62 ans cancérophobe (obs. n° 2).

Dans ceux de KONJETZNY, le syndrome clinique est également assez vague :

*Le cas n° 1* concerne une malade de 53 ans, présentant des douleurs épigastriques rythmées à type de crampes, sans grosse altération de l'état général;

*Le cas n° 2*, un homme de 42 ans, syphilitique an-

cien, souffrant de douleurs rythmées également à type de crampes;

*Le cas n° 3*, un homme de 62 ans, à long passé gastrique, souffrant de douleurs de siège épigastrique, très violentes, non rythmées, avec conservation de l'état général et de l'appétit.

L'appétit et l'état général sont également conservés dans un cas rapporté par R. SAVIGNAC, concernant un sujet de 27 ans, éthylique, fumeur, à syndrome douloureux tardif à type de crampes épigastriques accompagnées de vomissements.

Enfin l'observation rapportée par R. GUTMANN est tout à fait particulière : il s'agit ici d'une gastrite aiguë oedémateuse due à des excès alimentaires, évoluant chez un sujet jeune, et traduite par des douleurs et des vomissements avec un amaigrissement important.

Il est difficile de tirer des conclusions d'ensemble de l'analyse des cas cités plus haut, en raison de leurs divergences étiologiques, anatomiques et cliniques.

Ils ont évoqué le cancer gastrique, soit en raison du syndrome clinique (douleurs continues et amaigrissement), soit en raison des signes radiologiques, soit enfin que les deux s'associant aient imposé au clinicien l'idée d'un néoplasme.

Cependant MOUTIER signale comme particulières à ces formes pseudo-cancéreuses les douleurs continues à renforcement tardif, l'inappétence pouvant aller jusqu'à la répugnance invincible contre les aliments solides et même liquides, d'où un amaigrissement considérable, une véritable *cachexie* parfois, avec présence de l'hématine en permanence dans les

fèces, chimisme variable allant de l'achlorhydrie à l'hyperacidité. Ajoutons-y un signe important : la *résistance* remarquable de tous ces troubles au traitement médical.

En réalité, il semblait bien difficile, de par la seule clinique, de porter un diagnostic exact. Ni dans notre cas, ni dans ceux rapportés par les auteurs cités plus haut, elle ne permettait d'éliminer à coup sûr un néoplasme gastrique. Aussi fallait-il recourir aux examens complémentaires.

## LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

### LA RADIOLOGIE

Quels éléments de diagnostic apportaient dans notre observation les examens directs?

Si l'on examine les trois séries de films, on ne peut manquer d'être frappé du fait qu'à chaque examen les constatations sont différentes; non seulement du point de vue de l'aspect de l'image anormale, mais également du point de vue de sa localisation.

*Au premier examen*, on trouve une niche anfractueuse sus-angulaire, c'est-à-dire *fundique*.

*Au deuxième examen* : une niche plate *antrale*.

*Au troisième examen* : une localisation encore *antrale* sans niche, l'aspect anormal consistant en un manque de souplesse et en légères bavures d'une petite courbure antrale concave.

Aussi l'accord était-il loin d'être fait entre les différents radiologistes, qui penchaient toutefois pour une infiltration antrale néoplasique.

Si nous analysons d'autre part les aspects radiologiques rencontrés en des cas similaires, nous ne pouvons manquer d'être frappés de leur diversité.

La malade de GUTZEIT présentait à l'écran une rigidité segmentaire interrompant le péristaltisme.

D'autres fois, on a trouvé des défauts de remplissage de la région antrale (cas de BONADIES et LANDIVAR), des images lacunaires avec plis muqueux hypertrophiés et irréguliers (COTRIM).

Dans les observations 1 et 2 de KANTOR, c'était une lacune (*filling defect*) encochant largement la grande courbure.

Les images lacunaires et la rigidité segmentaire ont été rencontrées également dans les cas ci-dessous :

*Cas n° 1* de KONJETZNY : « tache d'ombre » persistante dans la région angulaire;

*Cas n° 2* : 2 niches au niveau de la partie descendante de la petite courbure avec rigidité du segment pré-pylorique;

*Cas n° 3* : lacune irrégulière de la grande courbure, qui est rigide;  
irrégularités et rigidité des contours;

*Cas de GUTMANN* : image lacunaire de l'antra avec irrégularités et rigidité des contours.

*Cas de SAVIGNAC* : segment pré-pylorique irrégulier avec « plis muqueux désordonnés ».

#### *De ces différences, que conclure?*

Il semble bien que toutes les images décrites comme caractéristiques des néoplasmes gastriques puissent être réalisées par des gastrites, depuis la niche anfractueuse jusqu'à l'image lacunaire typique, en passant par la rigidité segmentaire avec flou des contours, l'image lacunaire typique se rencontrant surtout dans les gastrites hypertrophiques localisées et

œdémateuse. Quant au siège de l'image anormale, il est lui-même fort variable, antral, fundique, suivant la localisation du processus gastritique.

Ainsi voyons-nous que les gastrites pseudo-cancéreuses sont susceptibles de simuler en tous points l'image radiologique du cancer.

Mais ce qui est assez caractéristique dans ces cas, et c'est ce qui se dégage à la lecture de ces différentes observations, c'est la variabilité des aspects observés, variabilité au cours même de l'examen, et surtout d'un examen à l'autre.

A ce propos, M. P. VASSELLE, soulignant les difficultés du radiodiagnostic au cours des cancers de l'estomac, pense qu'elles proviennent soit de l'insuffisance, soit de l'excès des signes radiologiques observés : *insuffisance* lorsque la lésion ne déforme pas notablement la lumière gastrique, et lorsque aucun spasme ne se surajoute à la lésion.

*Excès* lorsque l'élément spasmodique est prédominant, intense, persistant, produisant une déformation accentuée.

Aussi, en présence d'un aspect lacunaire, ce qui importe, ce n'est pas tant l'image anormale que sa *persistance*. M. P. VASSELLE distingue :

1° Des aspects *fugaces* : surtout au début de l'examen, spasmodiques le plus souvent, mais pouvant également constituer un signe d'alarme;

2° Des aspects *permanents*, persistant pendant toute la durée de l'examen, qui indiqueraient toujours une lésion organique;

3° Des aspects *semi-permanents*, d'interprétation plus difficile, au sujet desquels il est de toute néces-

sité de suivre de très près les malades en se basant sur les symptômes cliniques et l'évolution.

La meilleure technique, pour M. P. VASSELLE, consisterait à prendre des radiographies successives espacées, plutôt que de grandes séries de films prises dans un temps court, la première méthode permettant seule d'objectiver la persistance de l'image suspecte.

R. SAVIGNAC, étudiant trois cas de fausses images de cancer de l'estomac, signale l'inconsistance des aspects lacunaire observés et la variabilité de leur siège.

Peut-être faut-il voir là le rôle du spasme surajouté aux lésions organiques, et surtout de *l'œdème localisé*, si fréquemment rencontré au cours de certaines formes de gastrite chronique, capable d'ailleurs à lui seul de réaliser des images d'aspect pseudo-néoplasique, comme le prouvent quelques observations récemment publiées (CORDIER et CHEVALLIER, P.-E. WEILL et BENZAQUEN).

Aussi concluons-nous, avec R. SAVIGNAC, à la nécessité de réunir un faisceau de preuves concordantes avant d'affirmer le caractère cancéreux d'une image radiologique anormale, et à « l'utilité absolue de se cantonner à des protocoles d'examen radiologique, sans proposer d'hypothèses de nature » (H. MONDOR, J.-CH. BLOCH et P. PORCHER).

Cependant, une question nous vient à l'esprit : n'y aurait-il pas intérêt dans des cas semblables à employer « la *méthode dite des plis* » ? Peut-être montrerait-elle des images caractéristiques : hypertrophie et étalement des plis, aspect mamelonné, et autres

signes décrits comme appartenant en propre à la gastrite?

Mais une telle méthode, exagérant les irrégularités, ne risque-t-elle pas de pécher par excès et de nous induire en erreur?

C'est ce que pense KANTOR.

D'après lui, les plis muqueux, même normaux, peuvent paraître hypertrophiés lorsqu'on emploie cette méthode, surtout si l'on y associe la compression.

Une telle technique exagère donc dans ces cas les défauts de remplissage. Aussi se trouve-t-on en face d'un dilemme, puisque c'est justement cette révélation précoce de petits défauts de remplissage qui est un des principaux appoints du radiodiagnostic pour le dépistage du cancer.

A l'opposé, GUTMANN et son école semblent accorder aux données de la radiologie, avec ou sans étude des plis, une valeur quasi absolue, à l'exclusion des autres épreuves, dans le diagnostic des cancers au début. Il nous paraît néanmoins utile de faire une large place à la gastroscopie et à l'étude du chimisme dans les cas douteux. C'est ce que nous avons dû faire chez notre malade, les incertitudes de la clinique et de la radiologie ne nous autorisant pas à conclure formellement.

LE CHIMISME. --- Il se montrait normal, dans notre observation. Après épreuve à l'histamine, il était presque un peu hyperacide, avec une valeur H de 3 gr. 50, la normale étant plutôt de 2 gr. 50 à 3 gr. Ceci était donc plutôt en faveur de l'hypothèse d'ulcère ou de gastrite.

Quelle est la valeur exacte de ce signe?

Dans les cas de gastrite pseudo-néoplasique de BONADIES, COTRIM, LANDIVAR, cités plus haut, le tubage a montré une hypo ou une anachlorhydrie.

Cependant, le temps n'est plus où l'on croyait à la valeur formelle de l'équation : anachlorhydrie ou hypochlorhydrie = cancer (MOUTIER).

Il est tout d'abord indispensable de savoir si l'achlorhydrie est histamino-résistante ou non, d'où l'intérêt d'explorer le chimisme par l'épreuve à l'histamine (MOUTIER). En effet, on connaît l'existence d'achlorhydries fonctionnelles, congénitales, et d'achlorhydries ou d'hypochlorhydries au cours de certaines gastrites évoluant vers l'atrophie.

D'autre part, le cancer peut présenter un chimisme normal lorsqu'il évolue sur un terrain ulcéreux.

Si en définitive la constatation d'une hypo ou d'une anachlorhydrie n'a pas grande signification, l'existence dans le liquide de tubage d'une *acidité normale* ou légèrement supérieure à la normale, comme dans notre cas, permet dans une certaine mesure de suspecter une lésion autre qu'un néoplasme.

Il nous semble donc légitime d'insister sur la valeur de ce signe, tout en tenant compte des restrictions signalées plus haut, et à la condition de soumettre le malade à l'épreuve de l'histamine.

LA RECHERCHE DE L'HÉMATINE DANS LES FÈCES. — La recherche du sang dans les selles s'était montrée positive à trois examens successifs, chez notre malade, mais ce signe n'a pas de valeur absolue, l'hématine

se rencontrant en effet de façon habituelle dans certains cas de gastrite, érosive ou non (MOUTIER).

#### LA GASTROSCOPIE

Les différents examens ont d'une façon presque constante montré chez notre malade l'existence d'un *plateau* se détachant en relief à la face postérieure de l'estomac, en amont de l'antré, dépliant le pilier postérieur, très nettement limité en amont et en bas, moins nettement en haut, et en aval vers l'antré, en relief de 3 à 4 millimètres, tantôt érodé, tantôt simplement recouvert d'exsudats.

Les érosions constatées étaient superficielles. Elles avaient du reste disparu aux derniers examens endoscopiques.

Mais si l'endoscopie permettait d'affirmer une anomalie d'épaisseur de la muqueuse, elle ne pouvait, en l'absence d'ulcère évolutif ou de végétations, en préciser la nature.

Il y avait là une hyperplasie qui paraissait surtout d'ordre inflammatoire, d'autant que, d'un examen à l'autre, il n'y avait *aucune extension* en surface du plateau, et cependant il s'était écoulé deux mois exactement entre le premier et le deuxième examen.

Il est à noter par ailleurs qu'il n'y a jamais eu, en aucun cas, *coïncidence* entre la topographie lésionnelle endoscopique et les anomalies radiologiques.

L'endoscopie montrait une lésion basse de la face postérieure vers la grande courbure pré-antrale, et non pas de la petite courbure fundique basse ou antrale.

Cette *discordance radio-gastrosopique* est intéressante à souligner, car elle implique l'idée que les images radiologiques anormales étaient d'ordre dynamique (dues à des spasmes ou contractures) ou liées à des œdèmes fugaces, plutôt que représentatives de lésions organiques de l'estomac.

Enfin la gastroscopie a permis de faire un *diagnostic topographique* exact, puisque les lésions constatées pièce en main siégeaient là où les avait vues l'endoscopie.

Permettait-elle néanmoins de rejeter formellement le diagnostic de néoplasme dans notre cas, ainsi que dans les cas similaires?

Certes, un spécialiste exercé ne confondra pas les végétations d'un cancer avancé avec une gastrite hypertrophique ou verruqueuse. Mais c'est justement dans les formes du début que le diagnostic est difficile.

R. CHEVALLIER, étudiant les aspects gastrosopiques précoces du cancer de l'antre, signale que le début du néoplasme et sa zone d'extension sont caractérisés par un état cartonné leuco-atropho-amyxique de la muqueuse, auquel il attache une valeur diagnostique considérable.

Les signes les plus importants sont pour cet auteur l'effacement des plis et la sécheresse de la muqueuse, qui est rigide, cartonnée, et l'amyxie qu'il oppose à l'hypermyxie du néoplasme ulcéré et infecté.

La constatation d'un tel état de la muqueuse indiquerait pour R. CHEVALLIER une laparotomie exploratrice.

Cependant, comme le fait remarquer J. BAUMEL, le

diagnostic précoce ne peut se faire que sur des signes de probabilité. Lorsque les lésions constatées ne présentent aucune érosion ni aucune trace de sphacèle, il est parfois difficile de les distinguer de simples formations polypôides volumineuses; et, d'autre part, certaines gastrites hypertrophiques irrégulières se présentent volontiers sous l'aspect d'une saillie plus ou moins végétante et saignante, d'aspect pseudo-néoplasique (MOUTIER).

Aussi semble-t-il ressortir de ces discussions que ce n'est pas tant l'aspect de la lésion qu'il faut considérer, que son *évolution*, d'où la nécessité de pratiquer des endoscopies répétées.

Lorsque, à des examens successifs, on ne trouve pas d'ulcérations, pas de végétations, et surtout pas d'*extension* des lésions par rapport aux examens précédents, il y a peu de chances pour qu'il s'agisse d'un cancer (MOUTIER).

Dans notre observation, le fait que les lésions ne s'étaient pas étendues dans les deux mois qui s'étaient écoulés entre la première et la deuxième gastroscopie était contre l'hypothèse du cancer, car on connaît la rapidité d'évolution de certains néoplasmes gastriques. La gastroscopie semble donc d'un réel intérêt pour le diagnostic des gastrites pseudo-cancéreuses. Bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans la plupart des observations similaires déjà citées, elle a permis à GUTZEIT et TEITGE de faire, chez leur malade, le diagnostic exact de gastrite.

Que dire de la *gastrophotographie*? Bien que des auteurs tels que SCHINDLER en Allemagne, GARIN et BERNAY en France, lui aient consacré d'importantes

études, il ne semble pas qu'elle eût été susceptible d'apporter, dans le cas qui nous occupait, de renseignements particuliers. Mis à part le fait qu'une telle méthode n'est pas encore entrée dans la pratique courante, elle semble présenter de sérieux inconvénients, tant au point de vue technique qu'à celui de ses résultats. GARIN et BERNAY soulignent d'ailleurs eux-mêmes l'inconstance de ses données et ses lacunes, la région antrale étant quasi inaccessible.

En résumé, chez notre malade, ni la radiologie, ni l'endoscopie ne nous autorisaient à éliminer ni à affirmer une néoplasie.

Aussi l'intervention fut-elle décidée.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce qui est caractéristique, à la laparotomie de notre malade, c'est l'absence d'altérations macroscopiques de l'estomac, visibles ou palpables.

On ne retrouva pas les lésions de périgastrite, la rougeur de la séreuse, l'épaississement des parois gastriques que certains auteurs (LANDIVAR et KONJETZNY notamment) avaient rencontrés dans des cas similaires. Aussi le fait que le diagnostic était encore en suspens, l'hypothèse d'un cancer n'ayant pu être infirmée par les examens radiologiques ou endoscopiques, conduisit à faire une gastrectomie.

*A l'examen de la pièce*, on ne peut manquer de remarquer, outre le type très particulier de cette gastrite, le parallélisme entre les constatations faites à l'endoscopie et celles faites sur la pièce fraîche. De plus, on peut noter le changement d'aspect rapide de cette pièce, déjà manifeste au bout de quelques minutes après l'exérèse.

La disparition du tonus musculaire et du gonflement par le sang et l'œdème expliquent sans doute la perte rapide de l'aspect en plateau signalée plus haut.

HISTOLOGIE. — Il nous faut souligner ici la coexistence de lésions aiguës, subaiguës et chroniques (rencontrées également par KONJETZNY dans les trois observations auxquelles nous avons fait allusion précédemment), avec destruction des acini, hyperplasie du système lymphoïde et sclérose des ganglions nerveux.

Les épithéliums de *surface* ne sont pas, ou très peu altérés.

Les acini *profonds*, au contraire, sont le siège de lésions intenses, nécrotiques.

Ce type de gastrite avec la destruction élective de l'épithélium profond est rare. Cette atteinte des *cellules nobles* de la muqueuse gastrique constitue l'élément propre le plus remarquable de notre observation. Sans être aussi exceptionnel, l'œdème en lentilles de la sous-muqueuse représente un fait marquant, surtout par l'étendue des surfaces atteintes. Nous n'en avons en tout cas pas trouvé d'équivalents dans la littérature.

Rien qui ressemble en particulier aux lésions histologiques vues par KONJETZNY dans ses trois observations. Il s'agissait là de lésions banales d'œdème, d'hyperplasie folliculaire lymphoïdes et d'érosions muqueuses à type inflammatoire aigu, comparables à celles rencontrées chez le malade de LANDIVAR, LLAMBIAS et BOSCH, bien qu'il y eût en plus des lésions de neuro-cellulite et de métaplasie épithéliale.

Quant aux cas de BONADIES et de KANTOR, il s'agissait de gastrite hypertrophique localisée avec plis géants.

Retenons en tout cas le polymorphisme anatomique de ces gastrites pseudo-cancéreuses.

Rien non plus dans l'anatomie pathologique du cas que nous rapportons ne permettait de penser à un état précancéreux.

Mais on ne peut exclure la possibilité d'une évolution néoplasique ultérieure, dans des cas analogues.

Existe-t-il d'ailleurs vraiment des *états précancéreux*? De nombreux auteurs ont étudié cette question, en particulier KONJETZNY, qui, sur des estomacs réséqués pour gastrite chronique, a observé le passage certain de la gastrite au cancer. Il s'agissait là de gastrites polypeuses et adénomateuses qu'il tient pour un état précancéreux véritable.

Rappelons à ce propos l'opinion de LE GAC, BÉCART et HIRCHBERG. Ces auteurs, ayant pratiqué une gastrectomie parce qu'ils soupçonnaient chez leur malade une lésion organique de l'antré, constatent, à l'ouverture de la pièce, l'existence d'une gastrite « mame-lonnaire » polypoïde qu'ils n'hésitent pas à qualifier de prénéoplasique pour les raisons suivantes : constatation de nombreuses métaplasies « intestinales » et surtout de plages de gastrite atrophique au niveau desquelles on peut remarquer, à la partie profonde des cryptes glandulaires restantes, des karyokinèses et des atypies cellulaires. Cependant, la basale est encore intacte.

Les auteurs insistent sur l'éventualité d'une transformation néoplasique à partir de gastrites même simples en apparence. Les lésions leur semblent d'autant plus suspectes qu'elles siègent dans l'antré, c'est-à-dire au niveau d'une zone où le cancer débute fréquemment.

Pour HIRCHBERG, la métaplasie dite intestinale joue-

rait un rôle de premier plan : elle exige pour se produire des cellules jeunes, fertiles, capables de proliférer sous une forme nouvelle, tant du point de vue morphologique que fonctionnel.

Or, c'est dans la partie profonde des cryptes muqueuses que siège cette zone fertile.

C'est là que débutent les métaplasies. C'est là que, pour HIRCHBERG, prendraient naissance les processus néoplasiques de la muqueuse. La région pylorique et la petite courbure au niveau des zones dites de transition, régions de moindre résistance, seraient fréquemment atteintes (HIRCHBERG).

De telles modifications histologiques seraient pour ces auteurs une indication formelle à la gastrectomie large.

BJARNE DAHL, étudiant les gastrites du point de vue anatomique et clinique, note également l'existence, dans les gastrites mamelonnées, d'un état atrophique hyperplasique, où l'on voit évoluer parallèlement l'atrophie glandulaire et l'hypertrophie des cryptes. C'est dans ces cas que l'on pourrait observer des proliférations hétérotopiques des glandes (signalées également par KONJETZNY, PUHL, SCHÖMAKER, HENNING), des épaississements polypoïdes de l'épithélium superficiel, dont la prolifération de plus en plus rapide indiquerait une tendance à la croissance atypique, et enfin une métaplasie progressive de l'épithélium.

Pour BJARNE DAHL, les atypies cellulaires qu'on peut rencontrer dans ces épaississements polypeux et adénomateux, développés sur une gastrite atrophique hyperplasique, auraient la signification d'un véritable état précancéreux.

Enfin MOUTIER, soulevant le problème des gastrites précancéreuses, note l'association fréquente de gastrite et de cancer, et la possibilité de développement d'un cancer sur la gastrite accompagnant un ulcère (cas de certains ulcéro-cancers).

Si le cancer frappe le plus souvent des sujets sans passé dyspeptique, il peut également se préparer insidieusement par des phénomènes rappelant la gastrite chronique (MOUTIER).

Il est difficile dans ces cas de préciser le début de la greffe épithéliomateuse, et il est parfois délicat d'interpréter l'état exact de la muqueuse dans certains cancers « à paliers » (MOUTIER), qui présentent des rémissions et sont parfois sensibles au traitement antisypilitique.

Egalement difficile est l'interprétation du rôle de la syphilis dans ces cas : formation mixte syphilo-cancéreuse ou cancer évoluant tardivement sur une gastrite précancéreuse syphilitique? (MOUTIER).

De ces nombreuses discussions, que conclure? Y a-t-il vraiment un critère histologique certain de l'état précancéreux, si tant est qu'il existe?

Il semble qu'il ne faille pas attacher une valeur trop absolue à l'existence d'anomalies telles que les hétérotopies glandulaires, les hétéroplasies caliciformes (métaplasie intestinale de certains auteurs), à moins d'effondrement de la basale.

Cependant, ces gastrites atrophiques hyperplasiques, où l'on voit évoluer simultanément une atrophie progressive avec métaplasies et des proliférations d'aspect parfois anarchique de l'épithélium des cryptes glandulaires, représentent un bouleversement de

la structure histologique normale, qui détruit l'harmonie glandulaire et constitue très probablement un *terrain* particulièrement favorable à l'éclosion du processus néoplasique. Rien de tel n'était donc à envisager dans le cas particulier de notre malade, où, en plus du siège *fundique* des lésions, et du *chimisme normal*, les lésions histologiques se montraient avant tout d'ordre altératif et inflammatoire, sans aucun des caractères que nous avons donnés plus haut comme suspects d'une dégénérescence éventuelle.

## LE PROBLÈME ÉTIOLOGIQUE

Que représentent de tels cas? Ces gastrites évoluent-elles sur un terrain spécial?

Chez notre malade, aucune étiologie précise n'a pu être retrouvée. Elle était en parfaite santé avant l'apparition de ses troubles dyspeptiques. Aucun antécédent toxique, infectieux ou spécifique ne semblait devoir être invoqué.

Il en est ainsi dans la plupart des cas similaires qui ont été publiés.

L'étiologie est presque toujours indéterminée, ou alors c'est celle de toutes les gastrites.

On incrimine tantôt une INTOXICATION ou une irritation par des agents chimiques.

CHEVALLIER et MOUTIER ont publié une observation de gastrite intense et cachectisante avec anémie chez un malade ayant autrefois subi une intoxication oxycarbonée.

A ce propos, ils soulèvent plusieurs problèmes, entre autres celui d'une gastrite oxycarbonée possible, évoluant ultérieurement pour son propre compte, longtemps après la disparition de l'agression toxique.

Certains points, entre autres l'importance de l'œdème, les altérations profondes et complexes de la

paroi gastrique et leur aspect très spécial, font penser aux lésions gastriques si particulières que nous avons rencontrées chez notre malade et rappellent, d'après les auteurs, les œdèmes intenses, succédant à l'ingestion de caustiques.

Chez d'autres malades, on a pu retrouver à la base une intoxication par des substances alimentaires ou médicamenteuses, ou encore une intoxication endogène.

D'autres fois, c'est une INFECTION qui semble être en cause, infection banale ou spécifique. En effet, parmi les observations de syphilis gastrique à type pseudonéoplasique que l'on a publiées, à côté des formes tumorales, ulcéreuses, gommeuses ou linitiques, se détachent un certain nombre de cas où il s'agit de lésions gastritiques (cas de LEMIERRE, de PETIT-DUTAILLIS et I. BERTRAND, de F. MOUTIER).

Le diagnostic de syphilis, sans signature anatomo-pathologique le plus souvent, est basé sur la notion de terrain spécifique et l'action de la thérapeutique (MOUTIER).

Mais, le plus souvent, l'étiologie de ces gastrites pseudo-cancéreuses reste indéterminée. Dans les rares cas où une étiologie précise a pu être invoquée, elle est très différente suivant les cas considérés.

Le seul lien entre toutes ces gastrites, c'est qu'elles sont « *cachectisantes* » (MOUTIER), se manifestant avant tout par de l'amaigrissement avec plus ou moins d'anorexie. Par ailleurs, on peut trouver de l'hyper ou de l'hypochlorhydrie, de l'hématine ou non dans les fèces.

Leur siège est variable, rarement antral, le plus

souvent *fundique*, sous-cardiaque (MOUTIER). Quant aux lésions histologiques, tout a été décrit, aucune n'est particulière à ces gastrites.

Quelle est leur signification exacte et pourquoi sont-elles cachectisantes? Le problème reste entier. Peut-être évoluent-elles sur un terrain spécial?

C'est ce que tendrait à nous faire penser la communication récente de F. MOUTIER sur les « pseudo-cancers gastriques, peut-être syphilitiques ».

Contrairement aux observations signalées plus haut, dans lesquelles le terrain syphilitique était nettement prouvé par les antécédents et les réactions sérologiques positives, ici l'étiologie syphilitique n'a pu être précisée autrement que par *l'épreuve thérapeutique*.

Dans les trois observations que rapporte l'auteur, il s'agit d'hommes âgés de 54 à 68 ans, présentant ou non des antécédents dyspeptiques. Ils ont des douleurs tardives, irrégulières. Chez tous on a noté une aggravation brusque de l'état général, avec une perte de poids considérable, une anorexie variable. Il n'y a pas d'antécédents spécifiques avérés, et les réactions sérologiques se sont révélées négatives.

On trouve par ailleurs de l'hypochlorhydrie, et la radiologie a montré des encoches d'aspect frangé ou parfois de la rigidité segmentaire.

A la gastroscopie, on reconnaît l'existence d'une gastrite mamelonnée hypertrophique souvent énorme, mais assez régulière, siégeant en général à la partie haute du fundus.

Sous l'influence du traitement arsenico-mercuriel, l'auteur note une amélioration rapide, à la fois clinique, radiologique et gastroscopique.

Bien que chez notre malade on ait pu noter une résistance remarquable au traitement médical, en particulier à l'hectine, qui permette de rejeter l'hypothèse d'une spécificité probable, ces faits sont à rapprocher des cas qui nous occupent.

Peut-être certaines de ces gastrites cachectisantes reconnaissent-elles une étiologie syphilitique plus ou moins nette? ou évoluent-elles sur un terrain spécifique? En tout cas, retenons la sensibilité au traitement arsenico-mercuriel de certains syndromes pseudo-néoplasiques de l'estomac (MOUTIER).

## LES INDICATIONS CHIRURGICALES

Le plus souvent, et c'était le cas pour notre malade, le diagnostic de gastrite pseudo-cancéreuse *n'a pu être fait*. Aussi intervient-on par crainte de laisser passer un cancer.

A la laparotomie, on trouve parfois des lésions de périgastrite, des épaissements plus ou moins limités de la paroi gastrique (KONJETZNY), qui, dans certains cas, ont pu en imposer pour un néoplasme étendu. C'est alors que certains chirurgiens, qui s'étaient contentés d'une gastro-entérostomie « palliative », ont été surpris par l'évolution ultérieure et la survie anormalement prolongée. Une telle éventualité faisait évidemment redresser l'erreur de diagnostic (DAMBRIN).

Mais le plus souvent, et c'est ce qui s'est produit pour notre malade, malgré une exploration minutieuse de l'estomac après décollement colo-épiploïque, on ne découvre rien de visible ni de palpable. Doit-on néanmoins, malgré l'absence de signes macroscopiques de malignité, réséquer largement l'estomac, opération sérieuse pouvant comporter un certain nombre d'aléas, comme l'a montré l'histoire de notre malade?

Il semble toutefois légitime de pratiquer une gastrectomie, si des examens radiologiques ou même endoscopiques répétés n'ont pu éliminer formellement l'hypothèse d'une néoplasie débutante.

Dans des cas exceptionnels, le diagnostic précis de gastrite a pu être posé grâce à la gastroscopie.

Ici deux tendances s'affrontent.

KONJETZNY, FINSTERER et la plupart des chirurgiens allemands, très interventionnistes, se basant sur les données d'examen endoscopiques fort nombreux, considèrent avant tout l'aspect *anatomique* du problème.

S'ils constatent l'existence d'une gastrite avec hypertrophie circonscrite polypoïde, ou d'une gastrite hyperplasique, qu'ils considèrent comme étant souvent précancéreuse, ils font d'emblée une gastrectomie large qui représenterait pour eux un véritable « *traitement prophylactique* du cancer » et dans certains cas permettrait de faire l'exérèse extrêmement précoce d'un cancer au début.

A l'opposé, PASCHOUD, de Lausanne, se base surtout sur des considérations *d'ordre clinique*, où entrent en ligne de compte l'intensité des douleurs, le degré d'altération de l'état général et l'état social du malade. Aussi est-il beaucoup moins interventionniste.

Pour cet auteur, l'anatomie pathologique à elle seule est insuffisante pour inspirer nos conceptions thérapeutiques. Il ne faut donc pas se laisser hanter par le spectre du cancer et se lancer dans une « *gastrectomie prophylactique* » pour une gastrite chronique simple.

Toutefois, le chirurgien peut être appelé à opérer dans des circonstances exceptionnelles. La légitimité de telles interventions est établie, mais « il faut se refuser à couvrir, par un pavillon général, une responsabilité lourdement engagée dans chaque cas particulier ».

On retrouve les mêmes arguments contre l'intervention dite prophylactique sous la plume de GAMBERINI, qui souligne d'autre part les mauvais résultats fonctionnels des gastrectomies pour gastrite.

Enfin CORACHAN distingue des indications chirurgicales absolues et des indications relatives : Doit-on opérer lorsque le traitement médical a échoué ? Doit-on admettre que toute gastrite chronique, fût-elle à tendance atrophique, donne ultérieurement naissance à un cancer ?

Dans le cas particulier des gastrites pseudo-cancéreuses, ce qui semble ressortir de toutes ces discussions, c'est qu'il faut adopter une attitude éclectique et limiter les indications de la gastrectomie aux cas suivants :

Lorsqu'on n'a pas pu éliminer formellement, par des *examens répétés*, l'hypothèse d'un néoplasme gastrique ;

Lorsqu'on opère avec le diagnostic de gastrite, et qu'il s'agit alors d'une gastrite *cachectisante*, résistant à toute thérapeutique, les douleurs et l'altération de l'état général interdisant au malade l'exercice de sa profession et lui rendant la vie normale impossible (MOUTIER) ;

Lorsque des examens gastroscopiques répétés ont

mis en évidence une gastrite hyperplasique, qui représente, sinon un état précancéreux, tout au moins un terrain favorable à l'éclosion d'une néoplasie;

Lorsqu'on soupçonne enfin l'existence d'un cancer à marche lente.



## CONCLUSIONS

1° Il existe incontestablement des gastrites, le plus souvent hypertrophiques, capables de simuler cliniquement et radiologiquement le cancer de l'estomac.

2° Le diagnostic en est impossible par la seule clinique et les examens radiologiques, même répétés.

3° De tous les examens complémentaires, c'est le chimisme qui semble avoir le plus de valeur :

Lorsqu'il se montre normal ou hyperacide, il y a bien des chances pour qu'il ne s'agisse pas d'un cancer.

4° Seules des gastroscopies répétées peuvent permettre dans quelques cas heureux de faire le diagnostic, lorsqu'elles ne montrent pas d'*extension* des lésions ni de caractères indiscutables de *malignité* (ulcérations ou végétations extensives).

5° Il peut y avoir discordance entre les renseignements fournis par la radiologie, et ceux que donne la gastroscopie, tant au point de vue de la topographie lésionnelle, que du type même de la lésion.

6° L'observation que nous rapportons est très particulière, car il s'agit ici d'un type très rare de gastrite : gastrite mixte, interstitielle et épithéliale, de type œdémateux et altératif, avec *atteinte élective* de l'épithélium profond, et intégrité presque absolue de l'épithélium de surface.

7° Rien dans l'anatomie pathologique de ce cas ne peut faire penser à un état précancéreux, sans que l'on puisse exclure la possibilité de l'évolution néoplasique ultérieure en des cas analogues.

Nous ne possédons en effet aucun critère histologique de l'état précancéreux, s'il existe.

8° Au point de vue étiologique, de tels cas peuvent relever de types anatomo-cliniques fort nombreux.

Le seul lien entre toutes ces gastrites, c'est qu'elles sont *cachectisantes*.

9° Aucune étiologie précise ne peut être retrouvée. Dans quelques cas, on pourrait invoquer une intoxication. Chez d'autres malades, une origine syphilitique probable lorsque les lésions rétrocedent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

10° Un diagnostic précis n'est le plus souvent pas possible et l'on est conduit à pratiquer une laparotomie.

11° L'indication de la gastrectomie ressortira avant tout des données suivantes :

a) En cas d'hésitation diagnostique, malgré tous les examens radiologiques faits en série et répétés;

b) Lorsque, avec un diagnostic endoscopique précis de gastrite, mais alors de gastrite cachectisante, on constate la carence de tous les traitements médicaux, et que l'affection est incompatible avec une vie normale;

c) Lorsqu'on soupçonne un état précancéreux ou un cancer à marche lente.

Vu :

*Le Président,*

P. DUVAL.

Vu :

*Le Doyen,*

M. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CARCOPINO.



## BIBLIOGRAPHIE

- ANSPRENGER (A.) et KIRKLIN (B.-R.). — Aspects radiologiques de la gastrite chronique. (*Am. Journal Roentgen*, octobre 1937, t. 38, n° 4.) — In : *Arch. des Mal. app. dig. et nutrit.*, avril 1938, n° 4.
- BAUMEL (J.). — La gastroscopie dans les gastrites, l'ulcère et le cancer. (*Archives de Médecine générale et coloniale*, Marseille, a 7, n° 6, 1938, p. 197.)
- BLOCH (J.-Ch.), CAROLI (J.), M<sup>lle</sup> JOANNISSIAN. — Sur deux cas de périgastrite œdémateuse simulant un cancer. Guérison par laparotomie. (*Arch. des Mal. App. Dig. et Nutrition*, Séance du 9 décembre 1935.)
- BONADIES (A.). — Gastrite néoplasiforme dell' antro pilorico. (*Bol. e atti dell' Accademia Lanciaiana*, Roma, 7, 1934, n° 4, 12 juillet, p. 570.)
- BOSCH (G.). — Píloro gastrectomia subtotal por gastritis cronica. (*El día medico*, 11 mars 1931, Buenos-Aires.)
- BUTTNER. — Diagnostic précoce et erreurs de diagnostic des gastrites chroniques. (*Deutsch. Med. Woch.*, t. II, 1935.)
- CHEVALLIER et MOUTIER. — Sur un cas d'anémie pernicieuse avec lésions spéciales de l'estomac chez un homme ayant subi une intoxication oxycarbonée. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3<sup>e</sup> série, a. 55, n° 5, 10 février 1939, p. 189.)
- CORACHAN (M.). — Thérapeutique chirurgicale des gastrites. (1<sup>er</sup> *Congrès Int. de Gastro-entérologie*, Bruxelles, 1935.)
- CORDIER (U.) et CHEVALLIER (R.). — Un cas d'œdème fugace antropylorique pseudo-tumoral. Aspects radiographiques et gastroscopiques. (*Lyon Médical*, 157, pp. 384-386, 29 mars 1936.)

- COTRIM (M.). — A proposito de hipertrophia localizada da mucosa gastrica simulando carcinoma. (*An. paul. de med. e cir.*, v. 31, n° 5, mai 1936, p. 501.)
- DAHL (Bjärne). — Une étude anatomo-pathologique et clinique sur la gastrite aiguë et chronique. (*Arch. des mal. app. dig. et nutrit.*, juillet 1930, t. 20, pp. 761-807.)
- DAMBRIN (L.). — Les faux cancers de l'estomac. (*Gaz. hebd. des Sc. Médicales*, Bordeaux, n° 13, 29 mars 1936.)
- A propos des pseudo-cancers gastriques guéris par simple laparotomie ou par gastro-entérotomie. (*Soc. de Médecine, Chir., Pharmacie de Toulouse*, Séance du 18 avril 1934, in *Toulouse Médical*, n° 19, 1<sup>er</sup> oct. 1934.)
- DAVID (V.-C.). — Pseudo-carcinoma of stomach. Some unusual lesions of stomach resembling carcinoma. (*Ann. of Surgery*, 87, pp. 555-565, avril 1938.)
- DELMANTO (A.). — Goma sífilítica « pseudo-cancer » do estomago. (*Hospital*, Rio-de-Janeiro, 17, pp. 155-163, janvier 1940.)
- DELORE, JOUVE, COMTE et COLSON. — Gastrectomie pour gastrite chronique. (*Soc. Nat. de Méd. et Sc. Méd.*, Lyon, nov. 1933.)
- DESCLAUX (L.) et GAUDUCHEAU (René). — Faux cancers post-traumatiques de l'estomac. (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 9, sept. 1938, p. 421.)
- GAMBERINI. — Sur l'intervention chirurgicale pour gastrite. (1<sup>er</sup> Congrès Int. de Gastro-entérologie, Bruxelles, 1935.)
- GARIN (Ch.) et BERNAY (P.). — La gastrophotographie. Premiers résultats. (*Arch. des Mal App. Dig. et Nutrition*, tome XXI, n° 5, mai 1931, pp. 558-562.)
- GIRARD. — Les pyloro-antrites chroniques. Indications chirurgicales. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- GOYENA (J.-R.), BIANCHI (A.-E.) et CAEIRO (J.-A.). — Gastritis y cancer del estomago. (*Anal. d. Inst. Mod. de Clin. med.*, 1933, p. 102, Buenos-Aires.)
- GUTMANN (R.-A.), BEAUGEART et HARDEL. — Un cas de gastrite aiguë œdémateuse (fausse image de cancer). (*Bull. et Mém. de la Société de Radiologie médicale de France*, année 25, n° 240, 8 juin 1937.)
- GUTMANN, F. BERTRAND et PÉRISTIANY. — Le cancer de l'estomac au début. (Paris, 1939.)

- GUTZEIT et TEITGE. — Die Gastroskopie. (Berlin-Vienne 1937, p. 130.)
- JEANNENEY. — Les faux cancers de l'estomac. (*Soc. de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, s. 12, déc. 1935, in *Bordeaux chirurgical*.)
- JOBIN (J.-B.) et DUGAL (J.-P.). — La gastrite péri-ulcéreuse simulant le cancer gastrique. (*Laval Médical*, vol. 5, n° 4, avril 1940.)
- KANTOR (J.-C.). — Giant rugae (localized hypertrophic gastritis), resembling carcinoma. (*Am. Journal Roentgenol.*, 35 : 204-207, févr. 1936.)
- KONJETZNY (G.-E.). — Chirurgie des gastrites. (1<sup>er</sup> Congrès Int. de Gastro-entérologie, Bruxelles, 1935, pp. 417-463.)
- Gibt es eine Anzeige zur chirurgischen Behandlung der Gastritis.
- KONJETZNY (G.-E.) et PUHL (H.). — Die Gastritis in ihrer Pathogenetischen Beziehung zum Ulcus und Karzinom. (*Verhandl. d. Gesell. d. Verd. u. Stoff.*, Leipzig, 1937.)
- Une forme particulière de gastrite chronique hypertrophique, évoluant sous l'aspect clinique et radiologique du cancer. (*Der Chirurg.*, an. 10, cahier 8, 15 avril 1938, pp. 260-268, in *Journal de Chirurgie*, n° 2, févr. 1939, p. 280.)
- Le cancer de l'estomac. Lien entre l'apparition du cancer et les processus inflammatoires locaux. Gastrites chroniques précancéreuses. (Stuttgart, 1938.)
- LACAN. — Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac. (*Thèse de Bordeaux*, 1937-38.)
- LANDIVAR (A.), LLAMBIAS (J.) et BOSCH (G.). — Píloro-gastrectomia en una gastritis crónica, folicular, erosiva, metaplasica, que simulaba clinicamente un cancer gástrico. (*Bol. y trab. de la oc. de Cir. de Buenos-Aires*, 2 juillet 1930, t. 14, pp. 359-380.)
- LE GAC, BÉCART et HIRCHBERG. — Gastrectomie dans un cas de gastrite. Transformation néoplasique possible. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, n° 4, 1937.)
- LEMIERRE (A.). — Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique. (*Gaz. des Hôp.*, 104, pp. 299-302, 25 février 1931.)
- LION (G.). — Les faux cancers de l'estomac. (*Arch. des mal. de l'app. dig. et nutrition*, 1919.)

- MARE et SIRC. — Syphilis gastrique à forme pseudo-néoplasique. (*Arch. des mal. app. dig. et nutrition*, 28, pp. 813-819, oct. 1938.)
- MOIROUD (P.), JOUVE (A.), et ARTAUD (P.). — Faux aspect de cancer gastrique par tumeur épiploïque. (*Arch. de Médecine générale et coloniale*, 1937, n° 9, p. 297.)
- MONDOR (H.), BLOCH (J.-Ch.) et PORCHER (P.). — Deux erreurs d'interprétation d'images lacunaires de l'antré. (*Arch. des mal. app. dig. et nutrit.*, t. 28, n° 2, février 1938, pp. 174-179.)
- MOUTIER (F.). — Pseudo-cancers gastriques, peut-être syphilitiques. (*Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, s. 12, juin 1937, in *Arch. des mal. app. dig. et nutrit.*)
- MOUTIER (F.), GIRAULT (A.) et DEBRAY (Ch.). — Pseudo-cancers gastriques d'origine syphilitique. Leur aspect gastroscopique. (*Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, in *Arch. des Mal. App. Dig. et Nutrition*, 12 avril 1937.)
- Anatomie pathologique des Gastrites. (1<sup>er</sup> Congrès Int. de Gastro-entérologie, Bruxelles, 1935.)
- Les Gastrites. (*Encyclopédie médico-chirurgicale Estomac-Intestin*, 9017-9019.)
- Les Gastrites précancéreuses. (*Paris Médical*, 1<sup>er</sup> avril 1936.)
- Contrôle gastroscopique des Gastrites. (*Presse Médicale*, n° 41, nov. 1933.)
- Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. (Paris, 1935.)
- NEUGEBAUER. — Résultats du traitement opératoire de la gastrite de l'antré. (*Brun's Bertrage*, juillet 1929.)
- PASCHOUD. — Y a-t-il un aspect chirurgical dans le domaine des gastrites? (1<sup>er</sup> Congrès Int. de Gastro-entérologie, Bruxelles, 1935.)
- PETIT-DUTAILLIS (D.) et BERTRAND (L.). — Un cas curieux de syphilis gastrique grave, sans tumeur, simulant le cancer. Vérification biopsique. (*Arch. des Mal. App. Dig. et Nutrit.*, pp. 199-207, février 1930.)
- SAVIGNAC (R.). — Fausse image radiologique de cancer gastrique. (*Arch. des Mal. App. Dig. et Nutrit.*, tome 27, n° 3, mars 1937.)

- SAVY (P.), GIRARD (M.) et GONNET (J.). — La syphilis gastrique à forme tumorale pseudo-cancéreuse. (*Journal de Médecine de Lyon*, 18, pp. 223-229, 20 avril 1937.)
- SCHINDLER (R.). — Résultats de 76 explorations de la muqueuse gastrique par la gastrophotographie. (*München. Medizinische Wochenschrift*, an. LXXVIII, n° 42, 16 oct. 1931, pp. 1776-1777.)
- SCHINDLER et ORTMAYER. — Classification des gastrites chroniques par la gastroscopie. (*Arch. Int. Méd.*, 57, 1936.)
- SCHINDLER et REUSHAW. — Symptômes cliniques de la gastrite chronique. (*Arch. Int. de Médecine*, juillet 1937, t. 60, n° 1, pp. 148-154.)
- VASSELLE (M.-P.). — A propos de deux cas de cancer gastrique. Difficultés du radiodiagnostic des lésions de l'antrum pylorique. (*Arch. des Mal. App. Dig. et de la Nutrit.*, t. 28, n° 2, février 1938, pp. 167-174.)
- WEILL (P.-E.) et BENZAQUEN. — Un cas de pseudo-tumeur cancéreuse de l'estomac au cours d'une anémie pernicieuse. (*Arch. des Mal. App. Dig. et Nutrit.*, 25, pp. 897-906, nov. 1935.)
- X... — Les faux cancers de l'estomac. (*Journal des Praticiens*, 13 juin 1936.)

